

Manuel
D'UTILISATION

euroteknika groupe représente le bilan de 20 années d'applications cliniques, et de 24 années de recherche et développement confirmées par l'aide précieuse de laboratoires de recherche reconnus au plan international.

La conception de nos implants s'appuie sur la triple compétence d'une équipe réactive et expérimentée en implantologie :

- Compétence technique et bio-mécanique de nos ingénieurs permettant de garantir la résistance des composants et leur adaptation aux sollicitations buccales grâce aux moyens modernes de simulation.
- Compétence biologique et physiologique des laboratoires associés permettant de valider la capacité d'ostéo-intégration de nos systèmes.
- Compétence clinique et pratique de nos dentistes et prothésistes conseils assurant l'ergonomie de nos produits, la rationalisation de nos protocoles et la définition des gammes adaptées aux différents cas cliniques rencontrés.

L'implant OBI que vous découvrez s'appuie sur un recul de plus de 30 ans, puisque les premiers implants de petite taille (< 3 mm) ont été posés aux USA en 1976. Inspiré également de nombreux concepts ayant fait leur preuve sur les implants de plus gros diamètre (filet asymétrique, col évasé…) il constitue un complément de gamme indispensable à votre système actuel.

Afin de vous permettre de tirer le meilleur parti des implants OBI, nous avons réalisé ce manuel avec un souci de professionnalisme et vous invitons à y accorder un oeil attentif. Le moindre détail a son importance et souligne d'autant plus la différence entre l'amateur et le spécialiste.




euro
teknika
GROUPE

Avertissement

La pose des implants **euroteknika groupe** doit être effectuée par un praticien préalablement formé aux techniques de l'implantologie dentaire, et dans des conditions d'asepsie adaptées à ce type d'intervention.

Les instructions qui suivent vous guideront dans le déroulement des différentes phases à mettre en œuvre pour réaliser vos traitements implantaires. Elles sont assorties de conseils les plus précis possible, mais ne peuvent servir de "recettes", chaque cas clinique étant un cas particulier. Un très grand nombre de facteurs agissent en interdépendance pour aboutir à la réussite d'un traitement implantaire. Il appartient au praticien d'en connaître les principales clés, et de tirer parti de son expérience clinique. D'autre part, la coordination entre le laboratoire de prothèse et le praticien doit être parfaite afin que le plan de traitement global soit cohérent. Le praticien reste seul responsable de ses différents choix et décisions quant à la faisabilité du traitement, aux implants, pièces prothétiques et matériaux utilisés, réglages… Les spécifications techniques et conseils cliniques contenus dans le présent manuel sont donnés à titre purement indicatif dans le but d'assistance, et ne peuvent donner lieu à aucune réclamation. L'ensemble des informations primordiales sont indiquées sur la notice fournie avec les produits.

Nous avons apporté un soin particulier à la conception et à la réalisation de nos produits ; nous nous réservons néanmoins le droit d'apporter des modifications ou améliorations découlant de nouveaux développements techniques de notre système implantaire. Toute modification ayant une incidence sur le mode opératoire vous sera signalée. Selon l'importance de ces modifications, un nouveau manuel pourra vous être remis. En effet, un indice au dos indique la date d'édition de votre manuel de chirurgie, et nous permet de vérifier que vous possédez toujours les dernières mises à jour. Vous pourrez vous même trouver sur notre site web quelle est la version en vigueur de ce manuel.

INFORMATIONS GÉNÉRALES



Indications générales DE L'IMPLANT

Indications générales des implants :

- Manque de rétention d'une prothèse adjointe
- Instabilité d'une prothèse adjointe
- Inconfort fonctionnel avec les prothèses adjointes
- Refus psychologique de port d'une prothèse adjointe
- Habitudes parafonctionnelles qui compromettent la stabilité d'une prothèse adjointe
- Localisation et nombre inadéquats de piliers résiduels
- Absence de piliers dentaires pour réaliser une prothèse fixée
- Edentement unitaire avec des dents adjacentes saines
- Agénésie dentaire
- Demande d'une thérapeutique conservatrice (refus de mutilation des dents saines

L'implant "OBI" est un implant trans-muqueux

Conçu pour être posé en un temps chirurgical ; ses caractéristiques lui confèrent une grande stabilité primaire de manière à pouvoir réaliser des mises en charge immédiates, lorsque le praticien estime que l'ensemble des conditions nécessaires pour ce plan de traitement accéléré, sont réunies.

Optimisation de l'implantation

Son faible diamètre et son coût réduit permettent de l'envisager là où un implant traditionnel serait trop volumineux (c'est le cas de certaines incisives), ou de l'utiliser en complément des implants classiques en vue de sécuriser le traitement. Grâce à son pilier calcinable, il permet aussi de remplacer les 2 racines d'une même dent sur une molaire.

Stabilisation de prothèse amovible

Dans une crête mince, et pour répondre aux patients les plus démunis, face aux solutions implantaires conventionnelles onéreuses, ou les moins motivés par un traitement implantaire lourd nécessitant plusieurs chirurgies, 2 à 4 implants OBI permettent de stabiliser une prothèse amovible.

Implant provisoire

Leur faible diamètre permet de placer les mini-implants entre les implants définitifs, dans le même temps chirurgical. Tandis que ces derniers seront mis en nourrice, les mini-implants pourront être surmontés d'une prothèse provisoire, apportant ainsi une solution esthétique au patient tout en respectant la durée nécessaire à l'ostéo-intégration des implants principaux.

Espace mésio-distaux réduits

Remplacement d'une incisive centrale du bas ou d'une incisive latérale(*).

Contre-indications DES IMPLANTS (RAPPEL)

Contre-indications absolues

- Les troubles psychologiques majeurs
- Les cardiopathies à risque
- Les pathologies systémiques non contrôlées
- La dépendance alcoolique ou médicamenteuse l'âge du patient (patient jeune en période de croissance)
- Une mauvaise hygiène du patient
- Un patient bruxomane ou présentant un macroglotie

Contre-indications relatives

Elle sont représentées par :

- un volume et/ou une qualité osseuse insuffisants
- une distance interocclusale insuffisante
- un patient à risque (patient irradié, bruxomane, parodontite non contrôlée, tabagisme)
- un site de type D4 si l'implant est utilisé seul.

(*) L'implant OBI ne pourra être utilisé pour la stabilisation unitaire d'une canine. Pour le remplacement d'une molaire, il devra être accompagné d'un deuxième implant OBI (ou autre).

Garanties

En cas de non ostéointégration, vous devrez en informer votre conseiller commercial, afin que nous puissions analyser les causes de cet échec, et apporter les actions correctives nécessaires. Un échange pourra avoir lieu dans le cas où un défaut du produit est en cause ; si l'échec résulte d'une mauvaise analyse du cas clinique, d'un protocole opératoire non adapté à ce cas, de l'utilisation de forets usés… ou toute autre raison indépendante de la qualité de nos produits, la garantie ne pourra être prise en compte.

Conditionnement DES PIÈCES

Stérilité & régles d'asepsie

- La plupart de nos pièces sont livrées stériles, et par conséquent utilisables dès réception. Une pastille témoin indique la stérilité effective des composants sur leur emballage.
La stérilité est garantie 5 ans (à partir de la date de stérilisation après emballage complet de nos produits). Une date de péremption normalisée est mentionnée sur l'étiquetage.
- Seul un emballage intact permet de garantir l'étanchéïté et la stérilité des produits. Ne pas utiliser des implants dont l'emballage aurait été endommagé ou ouvert prématurément.
- Nos produits ont été conçus afin que leur manipulation permette de les maintenir à l'état stérile. Il est donc important de respecter une gestuelle précise pour ne pas compromettre les conditions d'hygiène conventionnelles de la pratique implantaire.
- Les pièces et instruments livrés non-stériles utilisés pour le traitement implantaire doivent être décontaminés et, selon un processus validé, stérilisés au cabinet.

	Stérile	Non stérile
Implants	x	
Eléments prothétiques		x
Forets		x

Etiquettes

Nos implants sont livrés avec 2 étiquettes mentionnant clairement la marque, la référence et le n° de lot :

- 1 étiquette pour le dossier patient du praticien ayant posé les implants.
- 1 étiquette pour le correspondant le cas échéant.

Avec ce manuel, vous trouverez des "cartes patient" à remplir avec les références des implants posés, et à leur remettre. Ceci permet d'assurer toute ré-intervention sur le site, quel que soit le lieu de résidence du patient.

Stockage DES PIÈCES

Les implants doivent être conservés, dans un endroit propre, sec et frais.



Précautions D'UTILISATION

Il est fortement recommandé d'avoir un stock d'implants permettant de couvrir les différentes longueurs. Il est indispensable de pouvoir corriger son choix d'implant en cours d'intervention, remplacer un implant souillé pour quelle que raison que soit, mettre un implant supplémentaire dans certains cas pour assurer le traitement à long terme…

Nous recommandons d'utiliser un "parachute" sur les instruments afin d'éviter la chute accidentelle d'outils dans la gorge du patient.

Il est fortement recommandé de mettre en forme le site receveur avec les instruments **euroteknika groupe** présentés dans ce manuel.

L'utilisation de l'implant requiert une bonne maitrise du réglage de l'occlusion, de la gestion des axes implantaires lors de la préparation du site, ainsi qu'un positionnement précis des implants par rapport aux cuspides et à la face occlusale. De manière générale tout élément du traitement ayant une incidence sur la distribution et l'orientation des contraintes masticatoires devra être pris en compte afin de ne pas "surcharger" l'implant.

Pour utiliser l'implant OBI pilier en prothèse fixe, il convient de bien étudier avant la pose de l'implant l'espace coronaire disponible, et la faisabilité de l'insertion de l'implant dans l'axe prothétique.
En effet, cet implant tolère très peu de retouches (voir chapitre sur l'étude pré-implantaire).

Lorsque l'implant OBI est utilisé en prothèse amovible, le rabasage de la prothèse est indispensable pour obtenir un appui muqueuse et ne pas concentrer la charge sur les implants. Un rebasage régulier est nécessaire pour assurer la pérénnité du traitement.

ÉTUDES
PRÉ-IMPLANTAIRE



Elle est nécessaire pour évaluer la faisabilité du traitement implantaire, et déterminer le plan de traitement.

Faisabilité du traitement IMPLANTAIRE

Cette étude s'appuie sur différents éléments

- Un questionnaire patient pour mettre en évidence d'éventuels problèmes de santé/médications, qui pourraient avoir une incidence sur le succès du traitement, la consommation d'alcool, de tabac, ou de drogues, l'hygiène buccale générale…

- Un examen buccal qui renseigne sur l'ouverture buccale, la ligne de sourire du patient (s'agit-il d'un sourire gingival ?), les hauteurs coronaires et le volume osseux disponibles, le type d'occlusion…

- Des examens biologiques (glycémie, …)

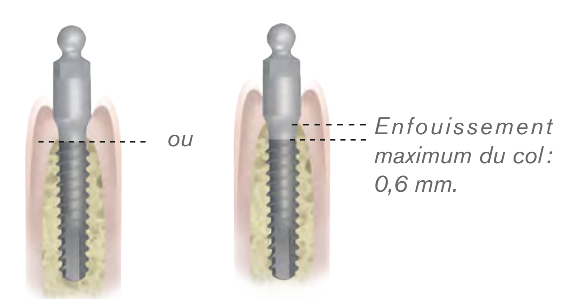
- Un dossier radiologique complet permettant d'apprécier les volumes osseux disponibles.

- Des modèles d'étude complets avec les deux arcades en occlusion.

- Un traitement implantaire ne pourra être amorcé avant l'assainissement complet de tous les foyers infectieux du patient.

- L'implant pilier boule utilisé pour la prothèse fixe a une hauteur extra-osseuse de 8,5 mm.
- Cette hauteur peut être limitée en enfouissant une partie du col évasé d'implant (0,6 mm) voir p.25.

- Si nécessaire, en cas de hauteur coronaire réduite en prothèse fixe, la boule pourra être supprimée mais seulement une fois l'ostéo-intégration de l'implant terminée, c'est à dire sous un délai de 3 à 6 mois selon l'arcade.



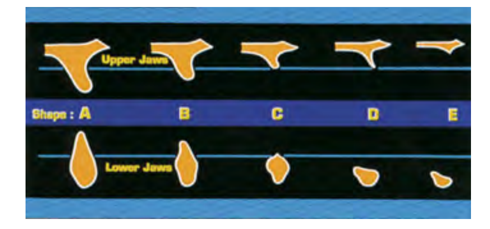
- Malgré la conception monobloc de l'implant, la mise en charge n'est pas obligatoire : possibilité de réaliser une prothèse en sous occlusion ou, en prothèse amovible, de ne pas relier les piliers boule à l'overdenture le temps de l'ostéo-intégration.

Cependant, du fait du non enfouissement de l'implant et de son faible diamètre, une analyse précise des forces en présence et de leur répartition devra être menée afin d'apprécier au mieux la faisabilité d'un tel implant.

Classification des structures osseuses*



1 : très forte densité d'os compact
2 : couche épaisse d'os cortical autour d'un noyau dense du tissu spongieux
3 : fine couche d'os cortical autour d'un noyau important de trabécules (spongiosa dense)
4 : fine couche d'os cortical autour d'un noyau important de trabécules très lâches (faible densité)



A : os alvéolaire résiduel suffisamment important
B : résorption modérée de la crête alvéolaire
C : résorption importante de la crête
D : début de résorption de l'os basal
E : résorption importante de l'os basal

** Misch, (1998) Lekholm et Zarb (1985), Classification of partially edentulous arches for implant dentistry.*

Guide pour le choix DES IMPLANTS

Volume osseux disponible

Dans le plan mésio-distal
- Prévoir 2 mm entre les spires d'un implant et les dents naturelles adjacentes.
- Prévoir 3 mm entre les spires de deux implants adjacents.

Dans le sens vestibulo palatin-lingual
Laisser, si possible, 1.5 à 2 mm d'épaisseur d'os autour des faces vestibulaires, palatines et linguales.

Dimensions de la couronne et charges occlusales

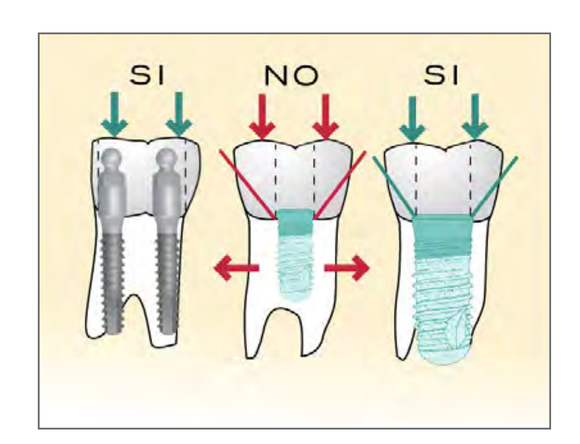
- L'analyse des forces en présence est indispensable pour évaluer la fiabilité du traitement implantaire avec un implant de petit diamètre.

- Les cuspides d'appui devront être situées dans l'axe implantaire (meilleure répartition des forces sur l'os).

- L'implant devra être placé au centre de la force occlusale et dans l'axe prothétique.

- Dans le cas d'une prothèse amovible, les implants devront être rigoureusement parallèles entre eux et situés dans un plan perpendiculaire du plan occlusal.

- Un rebasage régulier de la prothèse permettra d'assurer l'appui muqueux de la prothése et réduira ainsi la sollicitation des implants.



Choix de l'implant

- Seuls les implants réf. OIC.27.85.090, OIC.27.85.110, OIC.27.85.130, OIC.27.85.150 permettent de réaliser des prothèses fixes scellées.

- Ces implants peuvent aussi être utilisés pour stabiliser une prothèse amovible en cas de hauteur gingivale importante.

- Pour stabiliser une prothèse amovible, utiliser si possible 4 implants ou au minimum 2. Sélectionner des implants de 11 mm minimum.



Utilisation DES TRANSPARENTS DE CHIRURGIE

Afin de vous guider dans le choix de l'implant, en terme de longueur et de diamètre, **euroteknika groupe** a mis au point des transparents de chirurgie reprenant les dimensions de ses différents implants. Ainsi, les implants sont représentés à des facteurs d'échelle de 1:1, 1.3:1 et 1.7:1. Ces grandissements correspondent aux grandissements conventionnels des différents types de dispositifs d'imagerie médicale : rétro-alvéolaire, radiographie panoramique SCANORA, CBCT (Cone Beam).

Quand le praticien connaît avec précision le grandissement de son cliché pré-opératoire, et si ce grandissement est de 1:1, 1.3:1 ou 1.7:1, il peut par simple superposition du transparent sur le cliché déterminer quel type d'implant peut s'intégrer dans le volume qui lui est disponible (transparent portant la mention d'échelle 1:1 pour un grandissement du cliché de 1:1, transparent portant la mention d'échelle 1.3:1 pour un grandissement du cliché de 1.3:1 et transparent portant la mention d'échelle 1.7:1 pour un grandissement du cliché de 1.7:1).

Lorsque le facteur d'échelle n'est pas connu avec précision par le praticien ou pour éviter toute erreur de grandissement, il est possible d'utiliser un objet de référence en bouche de dimensions connues, lors de la prise du cliché et par calcul ainsi déterminer ensuite le grandissement associé.

$$\textit{grandissement} = \frac{\textit{dimensions de l'objet de référence mesurées sur cliché}}{\textit{dimensions réelles de l'objet de référence}}$$

Les dimensions réelles de l'objet de référence devront être connues avec une précision minimale de ± 15µm. L'objet de référence devra être placé en bouche dans le même plan que le plan osseux dont on voudra déterminer le volume. Une attention particulière sera apportée pour que le patient n'avale pas cet objet de référence (on pourra par exemple englober cet objet dans du matériau d'empreinte et faire mordre le patient ou utiliser un fil parachute si la géométrie de l'objet de référence en permet l'attache).

Ainsi, si ce facteur d'échelle est de 1:1, 1.3:1 ou 1.7:1, les transparents peuvent être utilisés.

Dans tous les cas, si le grandissement est différent de 1:1, 1.3:1 ou 1.7:1, il ne sera pas possible d'utiliser les transparents de chirurgie fournis par **euroteknika groupe** mais le volume d'os disponible pourra être déterminé grâce à des calculs de proportionnalité à partir de la radio et du grandissement calculé.

C'est à ce stade de planification pré-implantaire que le praticien doit également opérer une planification pré-prothétique, car l'implantologie est un projet prothético-guidé. En effet, planification pré-prothétique et planification chirurgicale sont étroitement liées et toute modification de l'une de ces planifications a un impact sur l'autre. Ainsi, le nombre, le diamètre, la longueur, l'emplacement et l'orientation des implants doivent être déterminés à ce stade en fonction de la reconstruction prothétique visée.

CHIRURGIE



La trousse DE CHIRURGIE

L'enjeu de la réalisation du puits implantaire se situe à trois niveaux :

- Un calibrage du puits permettant d'obtenir une bonne stabilité primaire de l'implant, condition essentielle pour l'ostéo-intégration.
- Un échauffement minimum afin d'éviter toute nécrose osseuse irréversible. La préparation du site sera donc réalisée sous irrigation externe constante de chlorure de sodium à 0,9 %. Le seuil de température critique se situe à 47°C pendant 1 mn. A 50°C, la nécrose est irréversible.
- Un axe de travail parfaitement contrôlé afin d'éviter tout effet de "bras de levier". Le guidage du foret par le découpeur gingival permet de mieux respecter un axe de travail constant.

- Les instruments sont présentés dans leur ordre d'utilisation matérialisé par un parcours flèché sur la trousse. Des numéros indiquent les principales étapes de chaque séquence.

AVERTISSEMENT

Il convient d'avoir choisi les pièces prothétiques destinées aux implants que vous allez poser avant la préparation du puits implantaire, et ce, afin de positionner le plus précisément possible les implants.

ATTENTION

Au-delà de la qualité de l'irrigation, il convient également d'utiliser des forets dont le pouvoir de coupe n'a pas été altéré par un nombre d'utilisations excessif.



Réf. OICK 27 XX 00

1. *Découpeur gingival*

2. *Foret pointeur Ø 1.5- Ø 2.2*

3. *Foret Ø 2*

4. *Jauge de profondeur*

5. *Axes de parallélisme*

- Clé à cliquet

- Mandrin hexagonal interne Ø 2.5 pour l'entrainement de l'implant

- Rallonge mandrin

- Clé hexagonale interne Ø 2.5 pour l'entrainement de l'implant (longue et courte)

Photo non contractuelle

Gamme mini implant boule et mini implant pilier boule OBI

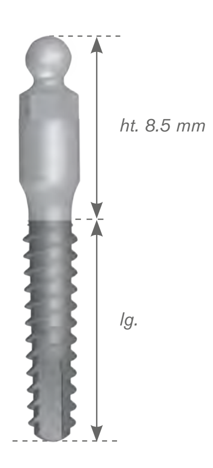
Implants Ø 2.7 pour prothèse amovible

ht. 6,8 mm

lg.

Livrés sur demande avec un attachement O'Ring.

Implants Ø 2,7

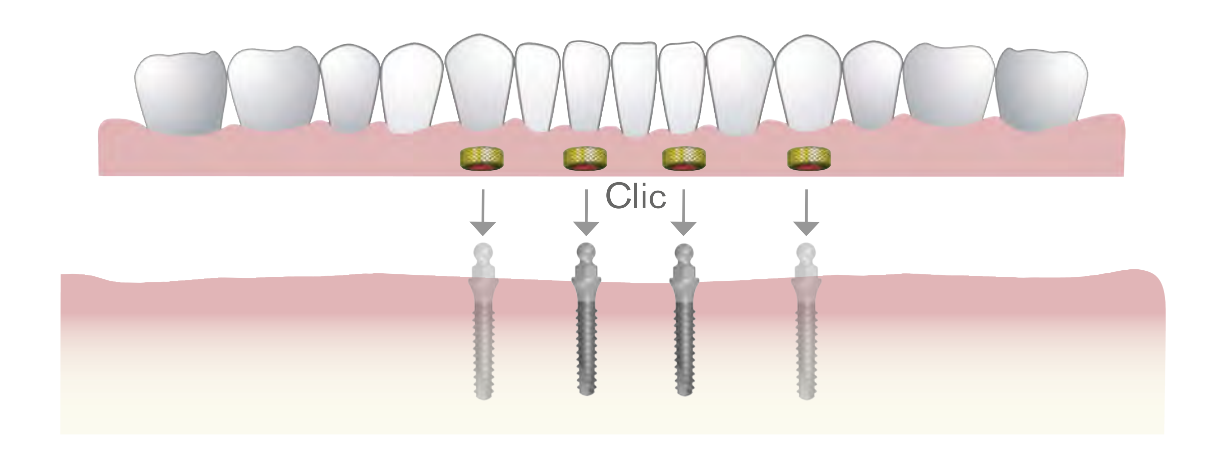


Livrés sur demande avec une pièce prothétique ou un attachement au choix.

Pour prothèse scellée ou amovible en cas d'épaisseur gingivale importante.

Une solution fiable aux ÉDENTÉS TOTAUX

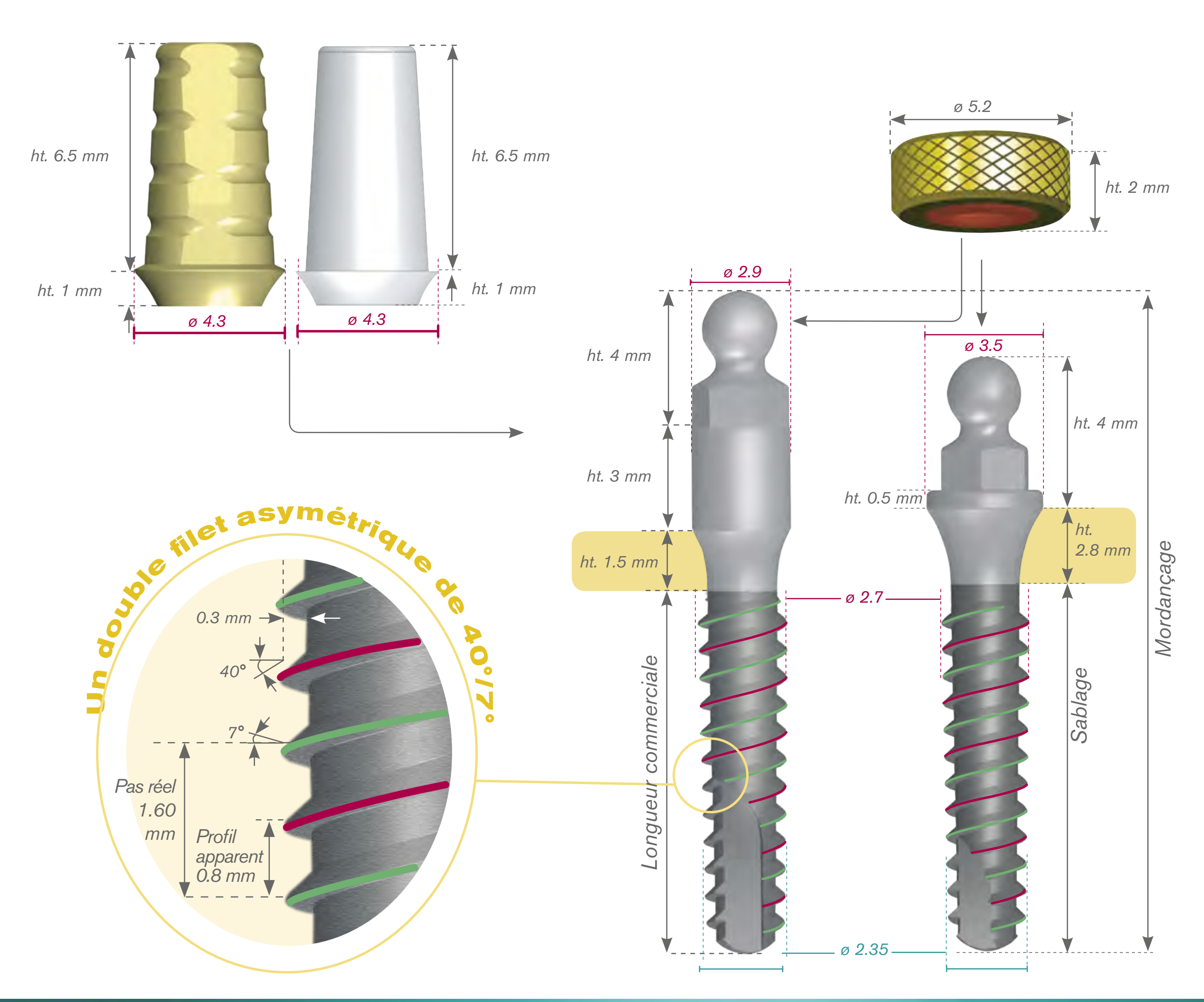
Dans une crête mince, et pour répondre aux patients les plus démunis face aux solutions implantaires conventionnelles onéreuses, ou les moins motivés par un traitement implantaire lourd nécessitant plusieurs chirurgies.

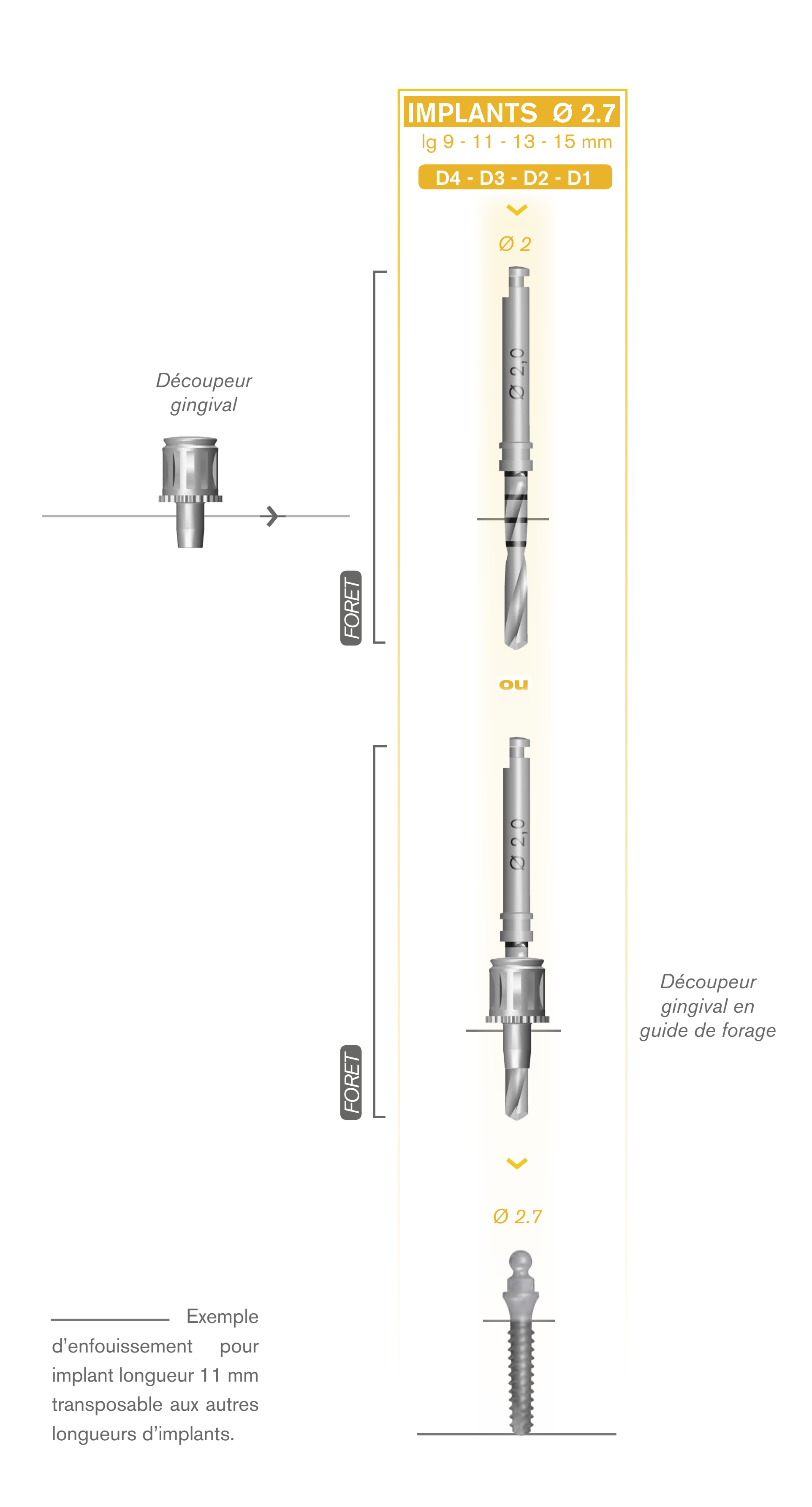


Cas EXTRÊMES

Lorsque l'implant Naturex Ø 3-2.2 est encore trop volumineux pour l'espace osseux disponible.

Schéma des IMPLANTS





Exemple d'enfouissement pour implant longueur 11 mm transposable aux autres longueurs d'implants.

1 Incision

En fonction du volume osseux disponible et de l'expérience du praticien, l'incision sera pratiquée.

Soit avec une lame de bistouri :

Pratiquer une incision crestale à travers la gencive attachée, puis soulever un lambeau mucopériosté rattaché du côté lingual

Soit à l'aide du découpeur gingival fourni dans la trousse :

Centrer le découpeur sur le site à implanter et appuyer; enlever la pastille gingival au centre du découpeur, remettre le découpeur en place en vérifiant son orientation angulaire car elle déterminera l'axe de forage.

ATTENTION

Ménager un espace minimum autour des implants selon les règles communément admises en implantologie.
Dans le sens vestibulo-palatin ou lingual : laisser 1,5 à 2 mm d'épaisseur d'os.
Dans le plan mésio-distal : prévoir 2 mm entre les spires d'un implant et une dent naturelle adjacente, voire 3 mm entre les spires de deux implants.

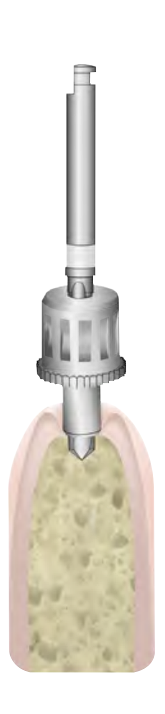


2 Foret DIAMÈTRE 2 MM

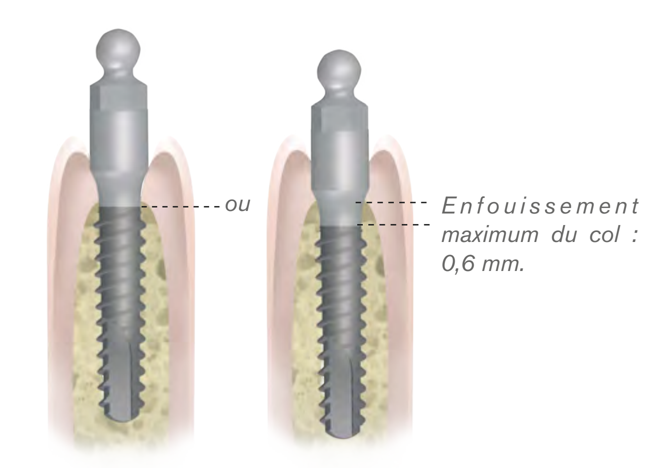
- Si l'incision a été réalisée à l'aide du découpeur gingival, le foret Ø 2 mm sera inséré dans le trou central du découpeur qui lui servira de guide et permettra de stabiliser l'axe de travail du foret lors de la mise en forme du site. Elle sera ainsi parfaitement calibrée. Vérifier que l'axe donné par la queue du foret est satisfaisant avant la mise en route du moteur.

- Retirer le découpeur aprés avoir réalisé un avant trou sur 3 ou 4 mm.

- Les longueurs d'implants 9, 11, 13 et 15 mm correspondent aux longueurs filetées et sablées, mais n'incluent pas le col qui sera placé supracrestalement. (p.21)



Finaliser le forage jusqu'au repère déterminé, sous irrigation externe constante de chlorure de sodium, et à une vitesse comprise entre 1000 et 1200 tr/mn en fonction de la qualité de l'os. La progression du foret doit se faire sans forcer. Si tel est le cas, cela indique que des débris osseux n'arrivent pas à s'évacuer en remontant le long de l'hélice. Un simple mouvement de va-et-vient bien contrôlé afin de ne pas ovaliser le site, permettra d'obtenir une progression plus fluide du foret.
Ce mouvement ne requiert pas d'inversion du sens moteur s'il est fait au bon moment.
Si le foret est bloqué, il pourra être dégagé en mode "reverse".



Vous pouvez enfouir le tiers inférieur du col (0,6 mm) sans instrumentation préalable pour limiter le dépassement supra-crestal de l'implant.

La profondeur d'utilisation du foret va déterminer la compression de l'implant dans l'os. Le foret diamètre 2 mm est muni de 4 repères à 9, 11,13 et 15 mm. Ces longueurs s'entendent "pointe de foret comprise".

L'os péri-implantaire dans la zone apicale de l'implant étant généralement plus trabéculé, la stabilité primaire de l'implant pourra être améliorée dans cette zone en réduisant la profondeur de forage par rapport à la longueur totale de l'implant. L'implant étant légèrement conique et muni d'un évent autotaraudant, pourra progresser efficacement.

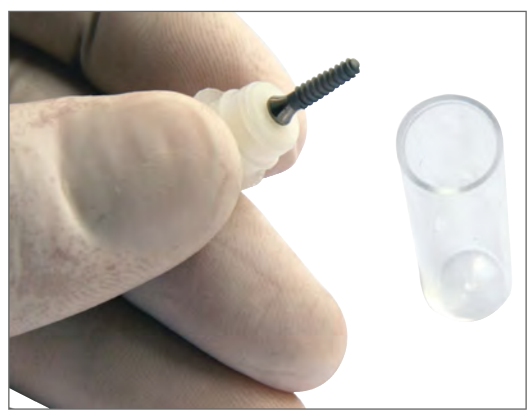
3 Contrôle DE L'AXE IMPLANTAIRE

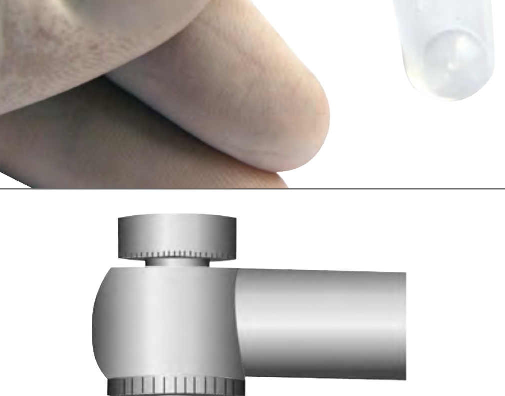
Insérer le côté le plus fin de la jauge de parallélisme dans le puits implantaire pour apprécier l'axe d'émergence de l'implant et guider le second forage s'il y a lieu.



La partie supérieure de la jauge est évasée afin de préfigurer la colerette d'appui prothétique, et d'évaluer précisément l'espace nécessaire entre deux implants.

4 Insertion DE L'IMPLANT





L'implant peut être placé manuellement ou au contre-angle. Cette opération doit être réalisée avec le plus grand soin pour que l'implant ne rentre pas en contact avec un quelconque élèment non stérile avant insertion dans le site osseux. Pour ce faire, utiliser le bouchon préhenseur du tube d'implant. Transporter l'implant jusqu'au site receveur et le présenter à l'entrée du puits. Visser quelques tours de filets. Retirer le bouchon et finir le vissage à la clé à cliquet munie de la clé hexagonale interne.

Pour une mise en place au contre-angle, utiliser le mandrin hexagonal interne à une vitesse de 15 à 25 tr/ mn afin de bien contrôler la descente de l'implant. La mise en place au contre-angle permet de mesurer le couple d'insertion de l'implant, et d'apprécier sa stabilité primaire. Nous conseillons de mettre en place l'implant à 30 N.cm minimum pour faire une mise en charge différée et supérieure à 40 N.cm pour une mise en charge immédiate ou précoce.

Il est recommandé de tester la stabilité primaire de l'implant en fin de vissage en essayant de le mobiliser. Si l'implant est mobile, sa stabilité primaire est insuffisante et compromettra l'ostéointégration ; mieux vaut le déposer, et envisager l'utilisation d'un implant de diamètre supérieur si le volume osseux le permet.



5 Ostéo-intégration



La période habituelle pour obtenir une bonne ostéo-integration est de 3 mois à la mandibule.
Le praticien doit définir cette période en prenant en compte la qualité osseuse, la stabilité primaire de l'implant et le plan prothétique.
Dans certains cas, le praticien peut décider de connecter les parties prothétiques sans attendre pour l'ostéo-integration.
Cependant, le praticien doit être capable d'analyser si les conditions du cas clinique permettent une mise en charge immédiate.

Les études et les données scientifiques prouvent que la mise en charge immédiate sur mandibule quand la prothèse est construite sur 4 implants reliés ensemble est possible.
La mise en charge immédiate n'est pas recommandée sur un implant unitaire.



en cas d'échec

Pour déposer un implant, utiliser un trépan de Ø supérieur à l'implant posé & prélever la carotte osseuse ainsi obtenue. La dépose de l'implant est facilitée par l'utilisation d'un porte-implant vissé sur l'implant.
Le site pourra éventuellement être ré-implanté* :
- Si le patient est apte à recevoir un nouvel implant.
- Avec un implant de Ø supérieur si la pose de cet implant a eu lieu dans le même temps.

Pour ré-implanter le site avec un implant de plus petit diamètre, il convient d'attendre la cicatrisation complète du puits réalisé**.

** Il est important d'analyser les causes de l'échec avant d'envisager une ré-implantation éventuelle.*

*** Le praticien détermine s'il est opportun d'utiliser un matériau de comblement.*

LA PROTHÈSE



1. Mise en place du pilier titane sur la partie coronaire de l'implant; le pilier titane est muni de gorges afin de pouvoir être utilisé comme transfert d'empreinte.

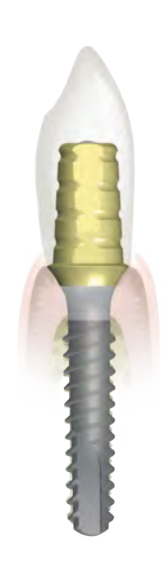
2. Prise d'empreinte :
> Soit sur la boule de l'implant avec un materiau d'empreinte suffisamment élastique. Dans ce cas, insérer l'analogue de pilier boule directement dans l'intrados de l'empreinte après retrait de cette dernière.
> Soit sur le pilier titane d'empreinte. Retirer l'empreinte et positionner l'analogue d'implant boule dans le pilier puis dans l'intrados de l'empreinte. Pour couler le plâtre, assurez-vous de la stabilité de l'ensemble pilier / analogue en insérant un point de colle entre les deux.

3. Retrait de l'empreinte.
À ce stade, une dent provisoire pourra être réalisée à l'aide du pilier titane afin de protéger l'implant, et de proposer une solution esthétique temporaire (la dent provisoire est mise en sous-occlusion afin de ne pas nuire à l'ostéo-intégration).

4. Coulée du modèle.

NOTA

Seuls les implants réf. OIC 27 85 090, OIC 27 85 110, OIC 27 85 130, et OIC 27 85 150 permettent de réaliser des prothèses fixes scellées.





Utilisation d'un PILIER TITANE



5.A Mise en place du pilier titane sur la tête de l'homologue pris dans le modèle ; de manière conventionnelle, le méplat sera présenté de préférence du côté palatin. Eviter de retoucher le pilier afin de ne pas fragiliser la pièce dont les contours ont déjà été minimisés. Si des retouches sont nécessaires, nous vous recommandons d'utiliser le pilier calcinable (voir b/).
6.A Passer une ou deux couches de séparateur.
7.A Modelage de la maquette en cire.
8.A Coulée.
9.A Montage de la céramique, cuisson, essayage sur le modèle.
10.A Scellement en bouche du pilier titane sur l'implant, puis scellement de la prothèse sur le pilier titane.

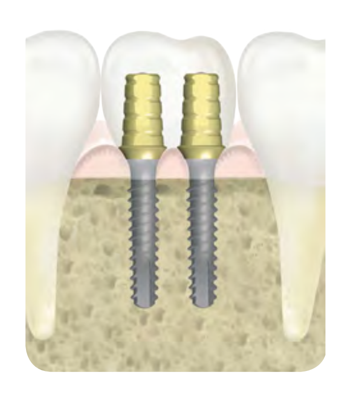
⚠ Les piliers titane ne sont pas retouchables.
Si une réduction verticale s'avère nécessaire, supprimer la boule sur l'implant après avoir attendu le temps nécessaire pour l'ostéo-intégration et utiliser un pilier calcinable



Utilisation d'un PILIER CALCINABLE



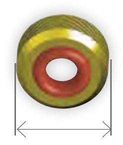
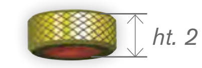
5.B Mise en place du pilier calcinable sur la tête de l'homologue pris dans le modèle ; son contour peut être modifiable à souhait par le procédé de cire ajoutée. La ligne de finition gingivale peut ainsi être très individualisée, et répondre à toutes sortes de situations cliniques, notamment lorsque le feston est courbe et irrégulier.
6.B Modelage de la maquette en cire.
7.B Coulée.
8.B Montage de la céramique, cuisson, essayage sur le modèle.
9.B Scellement de la prothèse en bouche sur l'implant.

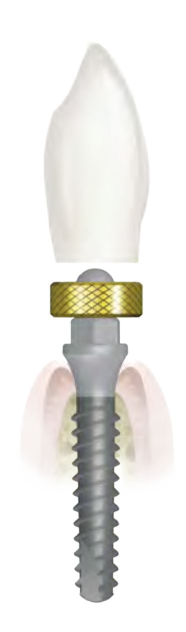


Stabilisation de prothèse AMOVIBLE

ATTENTION

Seulement à la mandibule et en prenant garde d'avoir un appui muqueux de la prothèse afin de ne pas concentrer l'ensemble des contraintes sur les implants



Attachement O'ring
réf. UPA FOR 52
Les attachements O'ring sont livrés avec 3 joints de duretés différentes (50, 60 et 70 shores)

A Si la prothèse amovible du patient est réutilisée

Elle est évidée au niveau de l'intrados afin de loger les parties femelles des implants boules.

1.A Après avoir protégé les têtes d'implants avec un papier fin et un isolant, les parties femelles sont clippées sur les têtes d'implant ; de la résine auto-polymérisable est introduite dans l'intrados de la prothèse, qui est ensuite mise en place en bouche en ajustant l'occlusion et le positionnement.
2.A Après durcissement de la résine autour des attachements femelles, la prothèse est prête.
3.A Prévoir un rebasage afin d'ajuster l'appui muqueux.

B Si la prothèse doit être réalisée au laboratoire

1.B Prise d'empreinte directe sur les têtes d'implants.
2.B Retrait de l'empreinte.
3.B Insertion des homologues d'implants dans l'intrados de l'empreinte.
4.B Coulée du modèle.
5.B Clippage des parties femelles.
6.B Réalisation de la prothèse à l'aide de dents en résine positionnées dans la cire selon le même procédé qu'une prothèse complète à appui exclusivement muqueux.
7.B Montage sur articulateur et vérification de l'occlusion et du positionnement des dents, retouches.
8.B Mise en moufle.
9.B Essayage de la prothèse sur le modèle.
10.B Clippage de la prothèse sur les implants en bouche.



Études & PUBLICATIONS

Les prothèses ostéo-intégrées - *Bränemark / Zarb / Albrektsson* - Quintessence

Osseointegrated implants in the treatment of th edentulous jaw - Experience from a 10 years period. *Bränemark / Hansson / Adell / Breine / Lindstrom / Hallen / Ohman*
Almqvist and wiksell international - Stockholm

The Bränemark osseointegrated implant *Albrektsson / Zarb* - Quintessence

Osseointegration in oral rehabilitation - *Naert / Jan Steenberghe / Wortington* - Quintessence

L'implantation en 1985 - Désespoir ou des espoirs ? *Analyse exhaustive de la méthode de Bränemark - Expérience clinique de 5 années - GUY HURÉ* - Enclyclopédie médico-chirurgicale Odontologie 9-1989 23345 A[10]

Thérapeuthique implantologique Endo-osseuse originale - Le site Tubero-pterygoïdien - *GUY HURÉ* - Les cahiers de prothèse n°67 - Septembre 1989

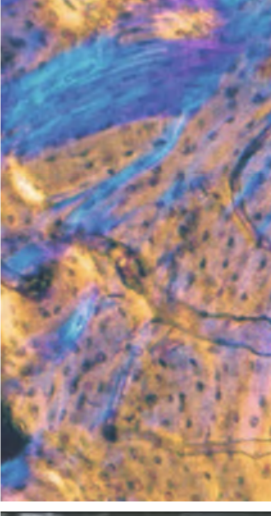
A propos de l'état de surface des implants en titane pur - *Docteur GUY HURÉ* - Implantodontie - 1994 - N°14/15

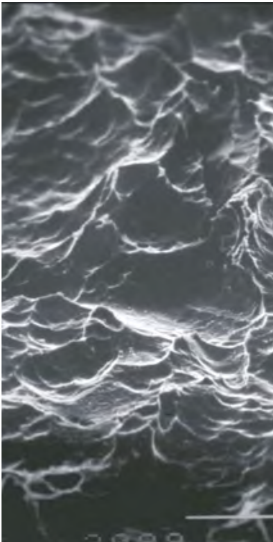
Comment choisir un anesthésique en odonto-stomatomogie - *Société d'Anatomie et de Pathologie Oro-faciale - Docteur J. François GAUDY* - Maître de conférence service d'Anatomie - Faculté de chirurgie dentaire de Paris V

Les bases buccale - Anesthésie Infiltrations locales d'articaïne associées à une analgésie - Intraveineuse en chirurgie buccale chez les malades à risque - *Par B. Lefevre, J. Lepine, D. Perrin, G. Malka* - Le chirurgien-dentiste de France - N°566 - 23 Mai 1991

Implantologie orale 2003
Commission des dispositifs médicaux de l'ADF

Facteurs de risques en implantologie *Franck Renouard*





UNE SOLUTION GLOBALE POUR L'IMPLANTOLOGIE

726 rue du Général De Gaulle - 74700 SALLANCHES - France
Tel : **+33 (0)4 50 91 49 20** - Fax : **+33 (0)4 50 91 98 66**
www.euroteknika.com